

# Departamento de Salud Mental y Servicios de Adicción

## Cuestionario de Calidad de Vida

Agencia	Programa	Fecha para Completarse
---------	----------	------------------------

Para cada casilla, ponga una **X** en el círculo que se aplica a usted.

<b>Sexo</b> <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Transgénero <input type="radio"/> Otro	<b>Edad</b> <input type="radio"/> 20 y menor <input type="radio"/> entre 21-24 <input type="radio"/> entre 25-34 <input type="radio"/> entre 35-54 <input type="radio"/> entre 55-64 <input type="radio"/> 65 y mayor	<b>Razón primaria por recibir servicios es</b> <input type="radio"/> Emocion / salud mental <input type="radio"/> Alcohol / Drogas <input type="radio"/> Ambas-Emocion / salud mental, alcohol or drogas
<b>¿Cuál es su raza?</b> <input type="radio"/> Los indios americanos/nativos de Alaska <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Negro / afroamericano <input type="radio"/> Nativo de Hawái / Otras Islas del Pacífico <input type="radio"/> Blanco / Caucásico <input type="radio"/> Desconocido <input type="radio"/> Otra raza:	<b>¿Es usted?</b> <input type="radio"/> Puertorriqueño <input type="radio"/> Mexicano <input type="radio"/> Otro grupo latino <input type="radio"/> No latino	<b>Duración de Servicios</b> <input type="radio"/> Menos de un Año <input type="radio"/> 12 meses a 2 Años <input type="radio"/> 2 Años a 5 Años <input type="radio"/> Más de 5 Años

	Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
1	1	2	3	4	5

¿Cómo puntuaría su calidad de vida?

	Muy insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	1	2	3	4	5

¿Cuán satisfecho/a está con su salud?

Las siguientes preguntas hacen referencia a **cuánto** ha experimentado ciertos síntomas en las dos últimas semanas

	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	1	2	3	4	5
4	1	2	3	4	5
5	1	2	3	4	5
6	1	2	3	4	5

¿ En qué medida piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?

¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?

¿Cuánto disfruta de la vida?

¿En qué medida siente que su vida tiene sentido?

**Departamento de Salud Mental y Servicios de Adicción**  
**Cuestionario de Calidad de Vida**

	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
7 ¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8 ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9 ¿Cuán saludable es el ambiente físico de su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a **cuán totalmente** usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas.

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10 ¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11 ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12 ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13 ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14 ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5

	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
15 ¿Es capaz de moverse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuán **satisfecho(a) o bien** se ha sentido en varios aspectos de su vida en las dos últimas semanas.

	Muy Insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16 ¿Cuán satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5

**Departamento de Salud Mental y Servicios de Adicción**  
**Cuestionario de Calidad de Vida**

	Muy Insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
17 ¿Cuán satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18 ¿Cuán satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19 ¿Cuán satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20 ¿Cuán satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21 ¿Cuán satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22 ¿Cuán satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23 ¿Cuán satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24 ¿Cuán satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25 ¿Cuán satisfecho/a está con su transporte?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la **frecuencia** con que usted ha sentido o experimentado ciertos síntomas en las dos últimas semanas.

	Nunca	Raramente	Mediana mente	Frecuente mente	Siempre
26 ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

¿Alguien le ayudará a llenar este formulario?  
 (Por favor circule Sí o No)

Sí	No
----	----

**GRACIAS POR SU AYUDA**